FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGE-H. PONS

Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille

Né à St-Rémy-de-Provence (B.-du-R.), le 18 Août 1898

FORMES TUMORALES

DE LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

Président : M. SEBILEAU, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adul tes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE YVES

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Maurice BRÉMOND

Professeur a l'Ecole de médecine de Marseille
Chirurgien O. R. L. des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Pierre SEBILEAU

Membre de l'Académie de médecine
Professeur agrégé a la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'honneur

A MON JURY DE THÈSE

Formes tumorales de la Tuberculose laryngée

La tuberculose laryngée constitue une localisation fréquente du bacille de Koch.

On distingue ordinairement trois formes cliniques basées sur l'apparition des lésions laryngées : avant, pendant ou après celles des poumons (laryngites primitives, concomittantes ou secondaires).

D'autre part, la tuberculose laryngée peut évoluer suivant différents types : les uns à marche rapide (comparables à la phtisie dite galopante), d'autres fois, au contraire, l'évolution se fait d'une façon lente : ce sont les formes subaiguës ou chroniques.

Enfin l'aspect des lésions vues au miroir laryngoscopique peut commander de nouvelles divisions cliniques.

Nous nous proposons d'étudier un groupe de formes particulières; souvent *primitives*, évoluant généralement d'une façon *chronique* et caractérisées par une *néoformation* plus ou moins considérable, ce sont les *formes tumorales de la tuberculose laryngée.*

Nous allons indiquer ce que nous entendons par formes tumorales de la tuberculose laryngée. Sans doute les aspects cliniques en sont variables et ne pourrons-nous pas toujours les ramener exactement dans le cadre d'une

unité morphologique. Mais dès maintenant nous pouvons dire que ces formes tranchent nettement d'avec la « laryngite tuberculeuse », que cette dernière soit catarrhale, œdémateuse, ulcéro-œdémateuse, ulcéreuse ou miliaire. Ce diagnostic différentiel est d'autant plus important que le pronostic doit en découler; en effet, alors que les formes tumorales de la tuberculose laryngée comportent un pronostic généralement bénin, la laryngite tuberculeuse reste — malgré le trop grand enthousiasme des Suisses — terriblement grave.

La tuberculose peut produire ou bien des lésions néoplasiques muriformes, isolées, de dimensions restreintes, susceptibles d'être confondues avec un cancer à un stade évolutif de début, ou encore de grosses tumeurs laryngées bourgeonnantes capables d'envahir la totalité de l'organe et même les tissus voisins. La confusion avec l'épithélioma devient alors des plus aisées, surtout s'il s'agit d'un sujet âgé, exempt de toute tare bacillaire apparente.

Le terme de tumeur tuberculeuse a été appliqué un peu abusivement à toutes les hyperplasies de nature bacillaire. Nous réserverons cette appellation aux productions hypertrophiques tuberculeuses constituant la seule manifestation de la tuberculose sur l'organe vocal et répondant au type clinique décrit par Schech, Avellis, Hajeck, Panzer, Mackenzie, Benzen, Semon, Yaehne, Askanazy, Getchmann et bien d'autres.

Tumeur à évolution lente, de forme arrondie bien délimitée des tissus avoisinants, sessile ou pédiculée et se développant en n'importe quel point du larynx. La muqueuse est d'apparence normale, toujours exempte d'ulcé-

ration dans le voisinage immédiat, ce qui nous permet d'éliminer les réactions inflammatoires, infiltration, œdème, hyperplasies en crête de coq, qui se forment à proximité d'une lésion ulcérée.

L'examen anatomopathologique montre les éléments typiques de l'inflammation tuberculeuse entourés de plusieurs couches concentriques formées par des cellules fusiformes, et permet de noter la tendance vers l'évolution fibreuse avec absence de foyer de caséification.

« Ce qui fait, pour le clinicien, l'intérêt de cette forme, surtout quand elle survient sans autre localisation clinique décelable de la tuberculose, c'est la possibilité d'erreurs de diagnostic. Dans la première phase on peut penser à une tumeur bénigne et laisser courir son malade sans lui donner les indications diététiques opportunes, — plus tard dans les cas où les lésions sont plus étendues et ont envahi tout le larynx le diagnostic de tumeur maligne s'impose à première vue et plusieurs fois la laryngectomie ou l'excision de la tumeur par laryngotomie ont été pratiquées dans ces conditions — la nature tuberculeuse des lésions ne fut découverte qu'après coup. L'examen anatomo-pathologique représentera donc la pierre de touche du diagnostic et du traitement pour les formes assez fréquentes où la tumeur est la première localisation accessible de la bacillose. » (E. Curchod.)

Historique

Les premières observations de tumeurs tuberculeuses du larynx, notées dans la littérature médicale, remontent à Tobold, qui mentionne, en 1866, des végétations de la muqueuse en forme de chou-fleur; Mandl (1872) qui insiste sur l'absence d'ulcération voisine ou éloignée « de ces productions polypoïdes plus ou moins nombreuses, de grandeurs différentes, de la couleur de la muqueuse voisine, ou plus pâles ». (Lermoyez, 1884).

Schnizler communique en 1884 au Congrès international des Sciences médicales à Copenhague un mémoire sur ces tumeurs. La plupart des auteurs signalaient alors sous ce terme des formations isolées du type papillomateux de volume restreint. De même Cartaz (*France Médicale*, 1889) les décrit avec des dimensions variant de celles d'un pois à celles d'une cerise, lisses ou en chou-fleur.

Avellis, d'une statistique de 23 cas (1891) tire les conclusions suivantes : « Les tumeurs tuberculeuses du larynx, distinctes des infiltrations qu'on rencontre au voisinage des ulcérations tuberculeuses, affectent la forme de papillomes, de fibromes de la corde vocale ou de polypes solitaires. Elles se manifestent comme une forme particulière de phtisie laryngée primitive, car on les observe

le plus souvent sans affection pulmonaire appréciable. De volume restreint, ces polypes se rencontrent surtout chez les sujets jeunes. »

Percy Kild (1894), Clifford Beale (1894), Tilley (1894) essaient de porter le diagnostic de tuberculose d'après le siège (région aryténoïdienne) et l'aspect (nodule lisse non ulcéré) de la tumeur.

Gougenheim et Tissier, dans leur ouvrage sur la phtisie laryngée (1889) consacrent un chapitre à une néoplasie primitive de nature tuberculeuse revêtant une forme et un aspect particuliers et qu'ils appellent : végétations tuberculeuses polypiformes.

En 1899 Symonds Charters rapporte à la Société de Laryngologie de Londres l'observation d'un malade qui présentait une tumeur ressemblant à un épithélioma et qui, à l'examen histologique, fut nettement un granulome tuberculeux. Sir J. Dundas Grant soulève à la même Société une controverse sur un cas analogue que l'opinion générale étiquetait tumeur maligne. La tumeur était de petit volume, granuleuse, de surface irrégulière, grisâtre. Le laboratoire en révéla la nature tuberculeuse.

Trautmann écrit en 1901 : « La tumeur tuberculeuse du larynx peut être considérée comme le début d'une infection de l'organisme au même titre que les premiers phénomènes pulmonaires, la tuberculose primitive des os et des ganglions et aboutit plus tard à l'infiltration laryngée et aux phénomènes pulmonaires. Ces tumeurs isolées ou multiples n'occasionnent pas de douleur, mais provoquent des altérations de la voix, ont leur siège dans le ventricule de Morgagni, au-dessous de l'angle glottique.

sur la paroi postérieure de la glotte, moins souvent sur les bandes ventriculaires et d'une façon exceptionnelle sur les cordes vocales. Les tumeurs tuberculeuses affectent les formes les plus variées : carcinome, fibrome, ont une croissance lente; se distinguent des autres tumeurs par leur revêtement intact sans aucune tendance à l'ulcération. Pour pouvoir en poser le diagnostic, il faut être à même d'exclure l'existence d'une ulcération aussi bien avant la formation de la tumeur que pendant l'existence de celle-ci et même pendant assez longtemps après son ablation. L'examen microscopique est un moyen de diagnostic indispensable et presque toujours décisif, à condition de soumettre à cet examen de nombreuses coupes provenant de différentes parties de la tumeur. »

Gronbeck, Schmiegelow, Sophus Bentzen présentent en 1901, à la Société Danoise d'otologie trois cas se rapprochant du type décrit par Gougenheim et Tissier sous le nom de phtisie pseudo-polypeuse et pour la première fois le terme de tuberculome est prononcé.

Neufeld, en 1903, à propose de deux observations, déclare : « Les tumeurs tuberculeuses peuvent se développer dans n'importe quel point du larynx ; ressemblent par leur aspect extérieur aux papillomes, voire même aux polypes et sont ordinairement de la grosseur d'un petit pois. Le plus souvent ces néoplasies sont de consistance molle, quoiqu'on ait observé dans certains cas des tumeurs tuberculeuses si dures qu'à l'autopsie elles donnent l'impression de tumeur cancéreuse. Le tissu voisin est tantôt tout à fait sain, tantôt le siège d'une légère réaction inflammatoire. La surface de la néoplasie n'est pas toujours

recouverte par la muqueuse. L'évolution est très lente... Les tumeurs tuberculeuses du larynx ne présentent aucun signe caractéristique et leur diagnostic n'est souvent possible qu'après avoir suivi pendant longtemps et de près leur évolution. »

En 1907, Sir Félix Semon insiste dans le *Journal of laryngologie* sur la difficulté du diagnostic différentiel entre les hyperplasies polypoïdes tuberculeuses et les tumeurs malignes.

En mai 1913, le professeur Jacques présente au Congrès français d'O. R. L. une observation à propos de laquelle il déclare avoir voulu surtout envisager une question de terminologie. D'accord avec Schech, Trautmann, l'auteur estime que le terme de tumeur tuberculeuse du larynx devrait être réservé aux polypes tuberculeux isolés, développés indépendamment de toute ulcération actuelle ou passée et, mieux encore, aux productions hypertrophiques tuberculeuses constituant la seule manifestation actuelle de l'infection tuberculeuse sur l'organe vocal. A la suite de cette communication, Castex rappelle un cas de gomme bacillaire non ulcérée, opérée par lui dix ans auparavant. Escat, un autre cas également antérieur d'une dizaine d'années, pour lequel le diagnostic de tumeur maligne avait été posé. L'examen histologique avait révélé un tuberculome à bacilles rares.

En 1920, dans la *Pesse Médicale* paraît un article original de Portmann sur certains « néoplasmes bacillaires présentant, avec le cancer, une assez complète identité de symptômes et d'évolution et possédant une structure ana-

tomique particulière que nous désignerons sous le nom de *fibro-tuberculome* du larynx ».

Enfin Massei (bullet. de Grazzi, 1913), le professeur Jacques (Archives internationales O. R. L., 1921), Galand (XXX[e] Congrès de la Société belge d'O. R. L., 1924), Chatellier, Vallat et Hude (Société O. R. L. de Paris, 1925), Predescu-Rion (1924), Curchod (1924), etc..., signalent d'autres cas évoluant les uns sur des sujets sains par ailleurs (cuti-réaction et inoculation des crachats au cobaye négatives, Massei), les autres sur des sujets porteurs de lésions évidentes de tuberculose.

Symptomatologie

Souvent après une ou plusieurs atteintes étiquetées laryngites catarrhales diffuses, parfois sans phénomènes prémonitoires, apparaîtront les premiers troubles fonctionnels durables qui pousseront le malade à se faire examiner.

Ces troubles fonctionnels sont d'ailleurs ceux de toutes les tumeurs endolaryngées.

Troubles phonatoires. — La dysphonie est constante. L'enrouement précoce, le plus souvent continu (la base d'implantation ne permettant pas le déplacement de la tumeur). La voix, au début, est rauque, voilée, puis progressivement prend un timbre désagréable, rapeux, rappelant la voix ligneuse des cancéreux. Lorsque la tumeur atteint un certain développement, l'aphonie peut apparaître.

Troubles respiratoires. — Ils se montrent d'abord à l'occasion des efforts, puis deviennent continus; leur apparition, la rapidité de leur évolution sont en rapport avec le siège, le volume, l'accroissement de la tumeur. On note d'abord une rudesse respiratoire (rudesse ligneuse des néoplasiques, Fauvel). Plus tard apparaît la dyspnée avec

cornage et accès de suffocation pouvant nécessiter la trachéotomie.

La toux. — Suit les variations de la voix et, comme elle, devient rauque. Elle dépend, comme l'expectoration, surtout des phénomènes concomittants pulmonaires et bronchitiques. Le malade tousse pour faire disparaître la sensation de prurit laryngien qui l'incommode fort.

Douleur. — Une caractéristique importante de cette forme de bacillose laryngée est de ne presque jamais provoquer de la douleur. Tout au plus, les malades se plaignent d'une sensation de corps étranger intra-laryngé.

Signes physiques. — Malgré leur variété morphologique, on peut ramener les diverses formes de cette tuberculose laryngée à trois types cliniques que nous allons décrire :

1° *Polypes* plus ou moins pédiculés, parfois isolés, souvent multiples et groupés, ils peuvent siéger en n'importe quel point du larynx; en général ils s'insérent dans un ventricule et apparaissent sous la bande ventriculaire formant une masse lisse dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ces formations ne seront pas confondues avec les végétations que l'on observe quelques fois à la surface ou sur les bords des ulcérations et qui sont constituées par des bourgeonnements ou des débris de muqueuse irréguliers et infiltrés. En effet, dans les cas de polypes tuberculeux, il n'y a ni ulcération ni substratum d'infiltration, au moins au début.

En somme, ces polypes tuberculeux ne se distinguent

en rien des polypes non tuberculeux du larynx, seulement peut-on dire que les premiers ont une teinte jaunâtre alors que les autres ont une coloration rouge et encore peut-on retrouver cette teinte rouge dans la tuberculose. De telle sorte qu'il ne faut jamais négliger de pratiquer l'examen anatomo-pathologique de ces néoplasies pour pouvoir en assurer le diagnostic exact.

2° *Végétations papillomateuses tuberculeuses.* Tantôt solitaires, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite noisette, elles sont ordinairement groupées sous la forme de choux-fleurs, inégales, serrées les unes contre les autres. Elles représentent ainsi une masse lobulée à grains d'inégal volume, plus ou moins largement pédiculée, le plus souvent sessile.

Leur siège de prédilection est autre que celui de la néoplasie tuberculeuse polypeuse : c'est l'espace inter-aryténoïdien, le coussinet épiglottique, la région sous-glottique.

Leur coloration est blanchâtre, rosée, d'autres fois jaunâtre ou encore congestionnée. Leur consistance est faible; elles se laissent facilement enlever et sont un peu plus résistantes vers leur point d'implantation. Cette faible cohésion explique même quelques cas d'élimination spontanée par la toux.

Le chou-fleur formé par leur agglomération est ordinairement assez volumineux et parfois peut aboutir à une véritable obturation imposant la trachéotomie.

Au niveau de la base de l'épiglotte, les végétations papilliformes sont cantonnées sur la région du coussinet, remplissant toute la partie antérieure du vestibule et s'éten-

dant en bas jusque vers la commissure antérieure. Quand elles s'implantent dans le ventricule, elles sont ordinairement moins intimément agglomérées et sortent par l'hiatus, en s'interposant entre les lèvres de la glotte.

A la région sous-glottique, elles sont assez nombreuses, siègent surtout vers la commissure antérieure et provoquent vite une obstruction mécanique. A la région inter-aryténoïdienne elles arrivent à proéminer entre les cordes dont elles gênent les mouvements et empêchent le rapprochement.

3° *La forme tuberculome.* A la période de début, la tumeur, qui peut siéger en n'importe quel point du larynx, se présente tantôt sous la forme d'une masse lisse, bien délimitée, rouge sombre, tantôt sous la forme verruqueuse en chou-fleur, rappelant la forme précédente, mais à base plus large, à échancrures moins profondes. La coloration en est grisâtre ou rosée. La muqueuse est toujours exempte d'ulcération. L'envahissement se fait progressivement. Les aryténoïdes perdent partie de leur mobilité, l'orifice glottique est plus ou moins obstrué. La tumeur s'entoure d'une zone d'infiltration rouge. La muqueuse est encore intacte, non ulcérée. A un stade plus avancé, la tumeur, perdant son caractère intra-laryngé, progresse vers les parties profondes de l'organe; elle atteint le périchondre et le cartilage et, y créant des modifications pathologiques, devient accessible à un examen externe

Portmann décrit alors « un larynx augmenté de volume, le cartilage thyroïde épaissi, distendu, élargi, rappelant la carapace de homard des cancéreux (Isambert). Le cou devient volumineux, on note la disparition de

l'espace inter-crico-thyroïdien. La crépitation laryngée (Moure) n'est plus perçue. L'adénopathie cervicale est très rare. Les lésions peuvent s'extérioriser plus encore, envahir les tissus péri-laryngés et gagner même la peau ».

En réalité, il est excessivement rare que les lésions atteignent un pareil degré d'extension. Et nous pensons que dans des cas analogues il faut incriminer une tuberculisation surajoutée du corps thyroïde lui-même.

Ordinairement, le retentissement sur l'état général n'est pas très marqué. Ces formes chroniques de tuberculose laryngée s'observent surtout chez des sujets qui ne présentent aucun phénomène pulmonaire, décelable cliniquement, au moins à la période de début. Mais cette intégrité de l'appareil respiratoire n'est pas constante. On peut trouver au niveau des poumons et à des degrés variables d'étendue, toutes les lésions que crée le bacille de Koch. Aussi l'examen des poumons donne de précieuses indications tant au point de vue pronostic qu'au point de vue thérapeutique, mais il est impossible d'appuyer sur les constatations de l'auscultation le diagnostic de la nature de la tumeur laryngée.

Anatomie pathologique

Parfois on a la formation d'excroissances polypeuses de la muqueuse, qui résultent d'un intense développement épithélial de tissu de granulations tuberculeuses (tuberculose hypertrophique de Ziegler).

Lorsque les limites du processus sont nettes et cliniquement donnent l'impression d'une forme tumorale, la tumeur peut être constituée par un tissu conjonctif au milieu duquel on ne réussit pas toujours à trouver des cellules géantes.

La sous-muqueuse présente une infiltration inflammatoire assez riche en polynucléaires et avec formation de néo-capillaires. On y trouve de petits follicules de cellules épithélioïdes, infiltrées de lymphocytes et contenant quelques cellules géantes.

Le fibro-tuberculome de Portmann se caractérise par deux éléments : du tissu fibreux abondant entourant des follicules tuberculeux. Le tissu fibreux est composé presque exclusivement de grosses fibres conjonctives et cellules conjonctives avec des points d'infiltration leucocytaire plus ou moins abondants.

Les follicules tuberculeux, le plus souvent volumineux, sont isolés et séparés par de simples travées conjonctives, parfois même il n'y a pas la moindre séparation.

Chacun des ces follicules présente l'aspect typique d'un tubercule constitué : au centre, une cellule géante souvent énorme, parfois deux, avec de très nombreux noyaux périphériques. Autour de cette cellule une couche épaisse de cellules épithélioïdes mélangées à quelques fibres conjonctives; à la périphérie enfin du tissu fibreux ordonné en couches concentriques et raccordant peu à peu aux tissus voisins.

Diagnostic

A la période de début nous ne pourrons écarter le diagnostic de tumeur bénigne du larynx (fibrome-enchondrôme) qu'après biopsie et examen anatomo-pathologique du fragment.

Les néoplasies polypiformes et papilliformes (Gougenheim et Tissier) doivent tout d'abord être distinguées avec soin d'avec les petites granulations papillaires que l'on retrouve fréquemment dans l'infiltration tuberculeuse (métamorphose dermoïde de Forster bien décrite par Doleris). Elles ne seront pas confondues non plus avec les végétations qui siègent à la surface ou sur les bords des ulcérations tuberculeuses.

On différencie encore ces formes de début de la laryngite chronique parenchymateuse en ce que dans cette dernière la muqueuse est plutôt uniformément tuméfiée, au lieu de l'être en des points isolés, et, si l'affection date de loin, par l'absence d'ulcération.

Le lupus forme des excroissances molles, polypeuses, lesquelles confluent en masses granuleuses et donnent à cette forme spéciale de tuberculose l'aspect du carcinome.

A un stade plus avancé il faudra éliminer la syphilis et la tumeur maligne.

a) La tuméfaction gommeuse de la syphilis est rouge, lisse et unie, ressemblant à un abcès en voie de formation, moins l'œdème collatéral. Le diagnostic se fera surtout par l'évolution rapide (deux mois environ) vers la fonte et l'ulcération caractéristique à bords plus ou moins anfractueux, irréguliers, saillants relevés, circonscrivant un fond cratériforme d'aspect grisâtre.

Mais un syphilitique n'est pas à l'abri de la tuberculose, d'où combinaison possible des deux infections. Dans ces cas à types hybrides, il n'est toujours pas facile de séparer et distinguer les lésions appartenant à chacune d'elles. Il est alors de la plus haute importance de chercher à dissocier la part qui revient à la syphilis de manière à la faire disparaître par un traitement approprié, sans toutefois prolonger cette thérapeutique outre mesure afin de ne pas aggraver l'état général du malade.

b) Le cancer. — Saigne assez facilement. L'hémilarynx est immobilisé en masse et ce blocage, signe constant de la cancérisation, ne se retrouve jamais à un pareil degré dans la tuberculose.

L'existence d'adénopathie est en faveur de la tumeur maligne. Mais très souvent l'embarras est grand quand il s'agit d'hommes ayant atteint la cinquantaine avec toutes les apparences d'individus sains par ailleurs. Et alors c'est seulement par l'examen biopsique que l'on peut établir le diagnostic entre ces deux formes de lésions laryngées.

Lorsque la tumeur aura envahi la totalité de l'organe et même les tissus péri-laryngiens, on pensera non seulement encore à la tumeur maligne, mais aussi à la périchondrite tuberculeuse à forme lente. Mais « la périchon-

drite est d'une étendue toujours restreinte, n'envahissant qu'une partie de la lame thyroïdienne, alors que le tuberculome, à cette période d'extériorisation laryngée, transforme le cartilage en entier en un bouclier dur et épais. Quoique la périchondrite tuberculeuse évolue lentement, elle passe par des stades suffisamment caractéristiques : rénitente au début, elle devient bientôt fluctuante, la peau prend à sa surface une teinte violacée et finit par s'ouvrir, formant un trajet fistuleux au fond duquel le stylet trouve le cartilage fongueux, nécrosé » (Portmann).

En résumé, le diagnostic clinique se trouvera la plupart du temps très hésitant. Le laboratoire tranchera en dernier ressort, mais à la condition d'établir ses conclusions avec la plus grande minutie et de façon à pouvoir éliminer les manifestations histo-pathologiques réactionnelles des inflammations à évolution lente dues à d'autres causes que la tuberculose (en particulier la syphilis) et qui peuvent se présenter sous la forme de tubercules à cellules géantes plus ou moins typiques.

Il sera utile de rechercher le bacille de Koch dans les coupes, de pratiquer l'inoculation au cobaye de fragments biopsiques. L'intradermoréaction, l'examen microscopique de mucosités laryngées donneront des renseignements accessoires.

De même un examen clinique complet et l'examen radioscopique des poumons aideront à établir le diagnostic dans les cas où une biopsie serait impossible à faire (position de la tumeur, indocilité ou même refus du malade). Sans qu'il soit possible de s'appuyer très fortement sur ces constatations, des lésions des sommets feront pencher

vers la nature tuberculeuse de l'affection, alors qu'une médiastinite ou des lésions chroniques de la base seront en faveur de la syphilis.

Le pronostic immédiat n'est pas grave à cause de la lenteur de l'évolution, de la conservation relative d'un bon état général. L'affection ne peut devenir grave que par l'obstacle qu'elle porte au libre passage de l'air, tant par obstruction de l'opercule laryngé que par immobilisation des aryténoïdes ou compression récurrentielle. L'action exercée par la tumeur sur les organes voisins est de peu d'importance.

Traitement

Bien qu'il s'agisse ici d'une forme le plus souvent primitive, chronique, à évolution lente, pour que le traitement soit efficace, il faut s'adresser d'abord au terrain. « Le traitement général doit occuper la première place dans la cure des manifestations tuberculeuses, même lorsqu'elles se localisent au larynx » (Moure). Ainsi, dans notre observation n° III, la lésion laryngée passa rapidement au second plan, les phénomènes généraux prenant une gravité particulière et entraînant une profonde déchéance physique.

Soigner le terrain, le rendre réfractaire à la culture du bacille de Koch, tel est donc le premier souci du médecin. Dans ce but on ordonnera le repos le plus complet possible, la suralimentation, les récalcifiants, la cure d'altitude. En même temps on proscrira le tabac, l'aspiration des vapeurs ou poussières irritantes, l'usage abusif de la voix même parlée.

En somme il faut agir avec autant de rigueur que pour un tuberculeux pulmonaire.

Mais cela ne veut pas dire que le traitement local est sans importance. Appliqué avec mesure et discernement, il contribuera à enrayer l'évolution des lésions et à hâter leur guérison.

Il est vrai d'ailleurs que la forme de tuberculose que nous avons décrite sous le nom de forme tumorale constitue un stade vers la guérison. En effet, « comme l'a bien établi Grancher, le tubercule est soumis dès sa naissance à deux processus opposés : l'évolution fibreuse vers la périphérie, l'évolution caséeuse au centre. De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations dépend la destinée ultérieure de la néoplasie. Elle s'étend et entraîne les tissus de l'organe dans sa destruction propre si la caséification ou le ramollissement l'emporte. Elle demeure stationnaire, dépourvue de toute influence nocive si le tissu qui l'enferme suit l'évolution fibreuse totale : c'est la guérison » (Cité par Moure, *Traité des maladies du larynx*).

Or, ce qui caractérise cette forme de tuberculose, c'est l'abondance de cellules et de fibres conjonctives entourant les éléments de l'inflammation tuberculeuse et la tendance vers l'évolution fibreuse avec absence de foyer de caséification.

Si la curabilité de la tuberculose de l'organe vocal n'est pas discutable — la tuberculose du larynx apparaît comme la tuberculose la plus guérissable, a dit avec un peu trop d'enthousiasme De Reynier — il n'existe pas de traitement applicable à tous les cas et susceptible de produire toujours les mêmes résultats.

Le praticien choisira les médications parmi celles si nombreuses proposées par les traités classiques.

Les inhalations de balsamiques, les pulvérisations locales agissant sur l'élément inflammatoire qui accompagne la néoplasie trouveront leur application.

Le grand nombre de topiques employés en attouchements laryngés, marque surtout l'incertitude de notre thérapeutique. Les résultats restent très variables suivant les sujets et les médecins.

Le chlorure de zinc, prôné par les uns, est accusé par d'autres de déterminer des phénomènes d'irritations susceptibles d'aggraver le mal.

L'acide lactique, autrefois préconisé par Heryng, a l'inconvénient de produire, à des doses concentrées, des spasmes glottiques graves. Il semble pourtant que cet agent donne souvent d'excellents résultats dans les formes chroniques de la tuberculose laryngée.

Des solutions à des titres divers de résorcine, d'ichtyol, créosote, protargol, formoline (Lockard) ont été également recommandées.

Les injections sous-muqueuses d'acide lactique (Georges Mayor), d'huile gaïacolée (Watson William), de chlorure de zinc, demandent de la part du médecin une grande prudence, car elles peuvent déterminer des réactions inflammatoires intenses et même des lésions ulcéreuses.

Le traitement médical s'est encore enrichi ces dernières années de la radium-thérapie. Certains auteurs (Poyet et Ménard) auraient obtenu une amélioration de certains symptômes fonctionnels par des applications de radium faites pendant quatre minutes à travers un filtre d'aluminium de un millimètre. Il est possible que bien réglée cette méthode agisse dans certaines formes de tuberculose laryngée.

Toutefois, le radium ainsi porté vers le larynx à l'aide d'un tube spécial, pendant cinq à trente minutes, n'a pas

été assez souvent mis en usage pour qu'on puisse apprécier les résultats qu'il aurait pu produire. Les auteurs qui en ont fait usage ne paraissent pas avoir un enthousiasme considérable à son égard.

L'application directe des rayons X au larynx est assez difficile et fort désagréable pour le malade. Il n'est pas certain que les avantages de cette méthode soient supérieurs aux ennuis qu'elle a occasionnés (d'après Collet et Moure). Dans le même ordre d'idées, Hirsch proclame qu'en règle générale les fortes doses de rayons X sont mal tolérées par le larynx; quant à Thorst, il a renoncé à l'emploi de ces rayons, dont les bons résultats ne sont pas indubitables, mais les méfaits certains.

Un traitement plus énergique et véritablement chirurgical, tel que le concevait Heryng, paraît devoir trouver ses indications dans ces formes lentes et chroniques de tuberculose aux manifestations évoluant chez des sujets vigoureux en apparence et ayant des poumons dans un état relativement satisfaisant. Les incisions, cautérisations et curettages ne donnent pas de meilleurs résultats que les attouchements à l'aide de caustiques (chlorure de zinc, acide lactique, etc...).

Mais lorsque la tumeur est peu développée, nettement délimitée et que son siège permet un accès facile par les voies naturelles, il est indiqué d'en pratiquer l'ablation à l'anse chaude ou froide ou à l'aide de pinces spéciales.

Pour ces interventions limitées, la diathermie peut être employée; en effet, l'électro-coagulation, qui n'agit pas du tout comme la cautérisation ignée, paraît trouver ses indications dans le tuberculome, chez des malades apyré-

tiques, à lésions pulmonaires discrètes. Encore que les résultats soient trop récents et les cas traités trop peu nombreux pour avoir une opinion ferme sur cette méthode, la diathermie a été employée avec quelque succès par Dutheillet de Lamothe. (Dans les cas publiés par cet auteur, l'exérèse fut pratiquée sous laryngoscopie directe.) Et *a priori*, la diathermie paraît séduisante par l'oblitération des vaisseaux qu'elle entraîne, évitant ainsi la dissémination, nous voulons dire l'ensemencement à distance par voie sanguine.

Si l'extirpation est complète, il peut n'y avoir pas de récidive (Schmiegelow, prof. Jacques). « Les tumeurs tuberculeuses du larynx sont le plus souvent de nature bénigne; dans beaucoup de cas, leur ablation est suivie d'une réelle amélioration, dans d'autres d'une véritable guérison » (Trautmann).

Il faut noter, en outre, que le traumatisme est en général minime et que l'on n'a pas à redouter la réactivation dans l'organisme d'une bacillose latente.

Il n'en est pas de même lorsque le siège ou le volume de la tumeur nécessite une intervention plus étendue par les voies externes. Les risques d'une généralisation sont alors assez fréquents pour que la majorité des auteurs condamne ce traitement. Goris pense qu'il vaut mieux laisser évoluer l'affection que d'exposer le malade aux conséquences fatales que peut provoquer un traumatisme si violent. Escat fait la même remarque au sujet d'une observation du professeur Jacques qui, d'ailleurs, concluait lui-même que la thérapeutique chirurgicale du larynx tuberculeux doit être très prudente et plutôt conservatrice.

Predescu-Rion, relatant son observation à la Société Roumaine d'O. R. L. (thyrotomie, généralisation tuberculeuse emportant le malade en quinze jours), rappelle, avec Fotiodes et Tétu, la condamnation classique de toute intervention sanglante sur un larynx tuberculeux.

Il serait cependant exagéré de mettre sur un même plan de gravité la thyrotomie et la laryngectomie. Il est exceptionnel que cette dernière trouve des indications absolues. Au contraire, la thyrotomie moins traumatisante pourra être parfois pratiquée. La laryngofissure permettra une exploration complète du larynx. On se comportera ensuite « à la demande des lésions » calcant en quelque sorte la conduite opératoire aussi « économiquement » que possible sur celle qu'emploie le professeur Sebileau pour le cancer du larynx.

Enfin nous parlerons de la trachéotomie, qui ne constitue pas seulement un traitement d'urgence dans les cas d'obstruction du larynx par la tumeur. Si dans les formes ulcéreuses et ulcéro-œdémateuses de la tuberculose laryngée, la trachéotomie tout en palliant à l'asphyxie dont est menacé le malade, entraîne souvent, à la vérité, une aggravation des lésions pulmonaires, au contraire dans les formes tumorales sans atteinte du poumon, décelables cliniquement, elle peut être utile. En effet, « du jour où l'air entre par la trachée et que le larynx ne fait plus rien, ce dernier prend un repos bien gagné. Il ne respire plus et n'a plus à supporter les tiraillements de va-et-vient que lui impose le tirage, il ne parle plus, s'améliore dans l'oisiveté et supporte mieux le choc de la déglutition. La rougeur et le gonflement diminuent, la glotte se désobstrue en partie d'elle-même » (Lermoyez).

Ainsi, sans en arriver comme Morell-Mackenzie, à prétendre que la trachéotomie est le remède suprême à appliquer dans tous les cas de tuberculose laryngée, cependant on serait en droit de multiplier ses indications. Mais alors la trachéotomie agissant comme mise au repos de l'organe, devra être la plus basse possible.

En résumé, nous pensons que le traitement des formes tumorales de la tuberculose laryngée doit, comme le traitement de toutes les bacilloses du larynx, rester essentiellement éclectique.

Tant que la tumeur n'a pas obstrué l'orifice glottique, permettant encore une respiration suffisante, nous n'avons pas jugé nécessaire d'intervenir et notre thérapeutique locale est restée purement médicale : inhalations, attouchements (observations II et III).

Pour le malade de l'observation n° IV, qui présentait une tumeur occasionnant du tirage, mais de volume restreint et surtout en position favorable pour pouvoir être enlevée en totalité par les voies naturelles, nous avons estimé qu'il était utile de débarrasser le malade en nous servant de pinces à prise endolaryngée.

Enfin, si l'opération n'est plus possible par les voies naturelles, mieux vaut s'abstenir et se limiter à l'opération palliative indispensable : la trachéotomie. Tels ont été les cas des malades I et VIII (pour ce dernier, la trachéotomie amena une amélioration considérable des symptômes et même une quasi-guérison.

Nous ajouterons qu'aux malades I et II, en dépit de Bordet-Wassermann négatifs, nous avons appliqué un

traitement anti-spécifique afin d'éliminer plus sûrement le diagnostic de syphilis.

Nous avons résumé, à la suite des observations prises dans le service de notre maître, M. le professeur M. Brémond, quelques cas relevés dans la littérature médicale; et il semble bien que notre ligne de conduite s'accorde parfaitement avec les conclusions que l'on peut tirer des résultats obtenus : la thyrotomie et surtout la laryngectomie sont chargées d'un pronostic très sévère.

En tout cas si les signes fonctionnels, l'étendue des lésions et surtout le refus du malade d'accepter une canule peut-être définitive forcent la main du chirurgien, le traumatisme devra être réduit au minimum, et à ce sujet le professeur Jacques insiste sur l'importance de l'anesthésie locale et de la fermeture immédiate et complète de la plaie opératoire (observation V).

Observations

Observation n° I

Simonetti, 39 ans, laitier.

Entre dans le service pour dyspnée d'origine laryngée.

Il y a deux ans, le malade présente de la dysphonie et quelques douleurs spontanées légères (il semble qu'à ce moment il ait éprouvé plus de gêne que de souffrance vraie). Un spécialiste consulté à cette époque ordonne le repos, des inhalations et conseille au sujet de s'éloigner du bord de la mer. Sans doute à ce moment pouvait se poser le diagnostic de tuberculose laryngée. Le malade ne suit que très imparfaitement ce traitement.

Il y a deux mois, à la dysphonie qui s'accentue s'ajoute de la gêne respiratoire et lorsque le malade se présente dans le service, il suffoque littéralement.

Antécédents personnels. — Aurait eu un chancre à l'âge de 17 ans, chancre qui aurait disparu après deux piqûres intramusculaire(?). Pas d'accident secondaire (au dire du malade). Pas d'antécédent bronchitique ou pulmonaire. Marié, sans enfant (pas d'accident chez la femme).

A l'examen. — Tirage sus-sternal et cornage très prononcé. Le malade est cyanosé, ne se déplace que très péniblement, passe ses nuits sans pouvoir s'allonger. La morphine ne calme plus son angoisse respiratoire. Température 38°; aphonie à peu près totale.

Au miroir : on aperçoit une infiltration massive de toute la

partie supérieure du larynx, surtout à gauche, mais ne débordant pas dans les gouttières laryngo-pharyngées. La muqueuse, d'un rouge vif, ne présente aucune trace d'ulcération. Il est impossible d'apercevoir la glotte et les cordes vocales. La mobilité de tout le larynx est considérablement amoindrie. Il n'existe pour le passage de l'air qu'un tout petit pertuis dans l'espace inter-aryténoïdien. L'examen des différents autres appareils est négatif.

La trachéotomie est pratiquée de toute urgence. Suites opératoires normales.

Biopsie pratiquée sur la région postérieure de la bande ventriculaire gauche :

« Prolifération régulière papillomateuse de l'épithélium pavimenteux de revêtement. Infiltration inflammatoire sous-muqueuse (assez riche en polynucléaires) avec très nombreux néo-capillaires et petites follicules de cellules épithélioïdes contenant quelques rares cellules géantes typiques sans caséification. Probabilités de tuberculose folliculaire au début ».

Réaction Bordet-Wassermann dans le sang : négative (après deux injections intra-veineuses de cyanure de Hg à 0,02).

On institue un traitement d'épreuve : 12 injections de cyanure Hg à 0,02.

Malgré ce traitement, aucune modification dans l'aspect de la lésion laryngée. La respiration sans canule reste impossible.

L'état général du malade est satisfaisant, bien que l'on note de petites oscillations thermiques quotidiennes et un peu d'amaigrissement.

Le malade quitte le service au bout de 45 jours. Ne se présente plus que très irrégulièrement à la consultation. Après un repos de trois semaines, on commence un traitement par l'arséno-benzol sans obtenir aucune amélioration. Le malade n'a plus été revu depuis avril.

OBSERVATION N° II

LERDA Guillaume, 55 ans, cordonnier, 30 mars 1925.

Le début de l'affection remonte à un an environ : dysphonie apparaissant brusquement sans cause appréciable pour le malade. Quelques douleurs légères spontanées. Toux fréquente causée surtout par l'impression de corps étranger intra-laryngé.

En janvier 1925, la dysphonie s'accentue, apparition d'une dysphagie entraînant de l'amaigrissement. Le malade ne vient consulter qu'en mars 1925. Rien de particulier dans les antécédents. Marié, perdu deux enfants en bas âge, deux autres sont actuellement vivants, tous deux soignés par nous pour rhinite ozéneuse, ont un Bordet-Wassermann négatif.

A l'examen : peu de signes fonctionnels, seulement dysphonie, douleurs spontanées légères. Amaigrissement. La laryngoscopie montre : œdème considérable de l'aryténoïde et de la bande ventriculaire gauche débordant dans la gouttière pharyngo-laryngée.

Dans le ventricule : tumeur polypoïde, ovalaire, de la grosseur d'une noix, recouverte par une muqueuse exempte d'ulcération.

La corde vocale gauche est invisible.

La mobilité est conservée encore qu'amoindrie.

L'hémilarynx droit paraît intact.

L'examen pulmonaire montre une respiration rude aux deux sommets, en arrière. Quelques râles fins dans les fosses sous-scapulaires.

Examens de laboratoire :

Bordet-Wassermann : négatif.

Crachats : crachats muco-purulents, présence de bacilles de Koch.

Examen anatomo-pathologique d'un fragment de la tumeur intra-glottique : tuberculose folliculaire sous-muqueuse. Présence de nombreuses cellules géantes, adénome glandulaire.

Inoculation au cobaye d'un fragment biopsique : négative.

Un traitement d'épreuve par le cyanure de Hg (0,02, 12 injections intraveineuses) n'entraîne pas de modification, pas plus d'ailleurs qu'une série d'arséno-benzol. Des inhalations (baume du Pérou, teinture d'Eucalyptus, teinture de Benjoin, eau de laurier cerise) et des attouchements au chlorure de zinc apportent une légère amélioration aux signes fonctionnels, mais l'aspect de la tumeur reste le même.

Le malade quitte le service après deux mois de repos. Il est dirigé sur une œuvre anti-tuberculeuse. Revu régulièrement depuis. L'aspect du larynx s'est modifié (disparition de l'œdème, amoindrissement de la tumeur intra-ventriculaire) et on note une sérieuse amélioration au point de vue fonctionnel et dans l'état général.

OBSERVATION N° III

Mme CANIONI, 30 ans.

Se plaint depuis quelques mois de dysphonie et de toux.

Léger amaigrissement. Sueurs nocturnes.

Petites oscillations thermiques quotidiennes.

Rien de particulier dans les antécédents, même au point de vue pulmonaire.

A l'examen laryngoscopique :

Décoloration prononcée du voile du palais. Petite tumeur de la grosseur d'une noix occupant le tiers antérieur de la bande centriculaire gauche, remontant sur la face interne de l'épiglotte. La muqueuse qui recouvre cette tumeur est lisse, rosée. En aucun point du larynx on ne note des ulcérations. La mobilité des cordes est absolument normale.

A l'auscultation pulmonaire :

A droite, aux environs du hile, infiltration probable. A gauche, légère congestion péri-hilaire également. Ces lésions sont en rapport avec quelques ganglions trachéo-bronchiques.

Etat général assez satisfaisant.

Réaction Bordet-Wassermann dans le sang : négative.

Biopsie : infiltration sous-muqueuse dense lympho-plasmocytaire. Quelques cellules géantes; cellules épithélioïdes rares.

Traitement : repos absolu, hygiène alimentaire, opocalcium et tannin, inhalations balsamiques

La malade part pour la montagne. Elle n'est plus revue par nous, mais une parente nous apprend, deux mois plus tard, que son état général est devenu très défectueux. Sueurs nocturnes profuses, oscillations thermiques de plus de 1 degré, amaigrissement considérable, perte des forces.

Observation n° IV

Laustric P., 38 ans, vannier.

Entré dans le service le 11 juillet 1925 pour dyspnée laryngée.

Antécédents personnels : bronchites à répétition depuis l'adolescence; tousse et crache tous les hivers. Un chancre préputial à l'âge de 18 ans (pour lequel le malade n'a jamais consulté).

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien de particulier.

Histoire de la maladie : en juin, apparition brusque d'aphonie sans douleur ni dysphagie.

Gêne respiratoire assez marquée, mais pas de sensation d'angoisse. Essoufflement rapide et fatigue à l'occasion de tout effort.

Malade à l'état général bien conservé. Teint excessivement bronzé faisant songer à celui d'un addisonien.

Décoloration légère du voile.

Petite tumeur de la grosseur d'une cerise située dans la partie antérieure du ventricule gauche, assez bien pédiculée et s'insérant sur la partie supérieure de la corde vocale, d'aspect très régulier et légèrement rosée. En arrière de cette

tumeur, une autre beaucoup plus petite, toujours située au-dessus de la corde vocale gauche.

Espace inter-aryténoïdien irrégulier, presque velvétique.

Les cordes vocales sont très échancrées, la gauche surtout a presque totalement disparu.

Mobilité normale. On ne note aucune ulcération laryngée.

Au point de vue fonctionnel :

Aphonie très marquée, dyspnée avec tirage, pas de dysphagie, pas de douleur.

Appareil pulmonaire :

Respiration rude en arrière aux deux sommets avec, à droite, dans la région sus-scapulaire, un souffle à caractères tubaires.

Appareil digestif :

Appétit conservé, pas de troubles digestifs (amaigrissement 2 ou 3 kg en deux mois).

Appareil vasculo-cardiaque :

Rien de particulier, tension artérielle normale.

Examen de laboratoire :

Crachats : présence de bacilles de Koch.

Biopsie : lésions inflammatoires subaiguës sous-muqueuses avec cellules géantes (fragment mal inclus, mauvaise préparation).

Inoculation au cobaye d'un fragment biopsique : négative.

Bordet-Wassermann : positif.

Traitement : exérèse complète des deux formations tumorales par les voies naturelles. Attouchements au chlorure de zinc. Traitement anti-syphilitique par l'arséno-benzol.

Disparition des troubles fonctionnels : respiration redevenue calme.

Le bon état général et local se maintient quand le malade quitte l'hôpital.

Observation n° V

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Brémond)

Mme Renée J., 39 ans.

Vient consulter pour enrouement, aphonie, le 15 octobre 1913.

A l'examen : tumeur implantée sur l'espace inter-aryténoïdien, gênant le mouvement des cordes qui arrivent incomplètement à réunion.

Le 21 octobre, prise directe d'un fragment. L'examen anatomo-pathologique en montre la nature tuberculeuse (tuberculome avec cellules géantes).

Poumons cliniquement sains.

Le 30 octobre : thyrotomie, exérèse de la tumeur. Cautérisations ignées profondes.

Cicatrisation totale dès le 14 novembre. Il ne subsiste qu'un léger enrouement.

Malade revue en 1919. Etat stationnaire.

Observation n° VI *(Professeur M. Brémond)*

M. J. Bar..., 27 ans.

Vient consulter le 20 avril 1920.

Papillome laryngés se présentant sous la forme de trois petites tumeurs faisant corps avec la partie antérieure de la corde vocale gauche.

Voile décoloré.

Sommet gauche obscur. Amaigrissement notable.

Cautérisations au galvano-cautère (six séances).

Amélioration fonctionnelle.

Revu un mois et demi après : aspect serratique de la corde vocale gauche. Léger œdème inter-aryténoïdien.

Evolution des lésions pulmonaires. Mort de tuberculose pulmonaire en 1921.

OBSERVATION N° VII (*Professeur M. Brémond*)

Mme F..., 29 ans.

Vient consulter en février 1922.

Tuberculose pulmonaire des deux sommets soignée depuis deux ans par le docteur Rondany de Grans (la radioscopie a montré de l'obscurité des sommets).

A l'examen spécial, on note : pâleur et décoloration du voile du palais, le miroir montre un aspect papillomateux hypertrophique de l'espace inter-aryténoïdien. Ce sont de véritables petites végétations. Ablation de l'une d'elles.

L'examen anatomo-pathologique montre des lésions nettement tuberculeuses.

On prescrit des inhalations, le repos vocal complet et pendant un mois et demi, tous les huit jours, cautérisations ignées très légères.

La malade part pour les Pyrénées où elle passe tout l'été.

Revue en décembre 1922, on constate à ce moment une amélioration sensible au point de vue pulmonaire et au point de vue état général. Les lésions laryngées n'ont pas bougé.

La malade reprend ses occupations (institutrice), mais revient en juin 1923. Probablement à la suite des fatigues imposées par sa profession, on trouve une aggravation. On procède à des séances de cautérisations sur les tumeurs verruqueuses et la malade se remet au repos complet. Des injections intra-trachéales lui sont faites à Pau où elle passe trois mois. En fin 1923, l'état du larynx est à peu près normal. On cautérise en deux séances des lésions laryngées qui subsistent et qui n'apparaissent plus que comme deux petites languettes dans l'espace inter-aryténoïdien.

La guérison semble alors obtenue et se maintient d'ailleurs telle quelle jusqu'à actuellement.

Observation n° VIII (*Professeur M. Brémond*)

M. J. Th..., 43 ans.

Vient consulter en juillet 1920 pour enrouement.

A l'examen laryngoscopique on note une petite tumeur de l'espace inter-aryténoïdien. Tumeur de forme régulière, lisse, recouverte par une muqueuse unie et rouge.

On propose l'excision de cette tumeur, mais le malade refuse toute intervention.

En novembre, M. le Professeur Brémond est appelé d'urgence auprès du malade qui asphyxie. Un examen rapide montre que la néoplasie a augmenté de volume et bombe dans la glotte n'en laissant libre que la partie antérieure.

La trachéotomie est pratiquée de toute urgence.

Suites opératoires normales.

Dans les jours consécutifs l'examen laryngé montre une tumeur de la grosseur d'une amande, largement implantée sur l'espace inter-aryténoïdien, mais débordant surtout vers le côté droit de la ligne médiane. Disparition totale de la mobilité des cordes.

Un fragment de la tumeur est prélevé pour examen anatomo-pathologique. Le laboratoire trouve dans ce fragment les éléments caractéristiques de l'infection tuberculeuse.

Le malade pendant trois mois garde le repos allongé à la campagne.

Fait des inhalations et se suralimente.

Pendant tout ce laps de temps, à aucun moment l'examen clinique n'a révélé des lésions pulmonaires.

Peu à peu la tumeur dans laquelle on a pratiqué consécutivement et à six reprises, des galvano-punctures diminue de

volume. La respiration redevient suffisante par les voies naturelles et la canule est retirée.

Le malade est revu 2 ans et demi après. La respiration est tout à fait normale. La voix reste légèrement voilée. L'état général est redevenu satisfaisant. La reprise de poids est totale.

Observation n° IX

(due à l'obligeance de M. le docteur Parrocel).

M. H...

Pas de maladie antérieure, jamais de bronchite. Maigrit de 12 kilogrammes de 1919 à mai 1925.

Voix enrouée depuis fin janvier 1925 (n'avait jamais eu jusqu'alors d'enrouement) pas de douleur.

Fumeur — dort la bouche ouverte.

A l'examen. — 11 mai 1925 : petites proliférations de la muqueuse à la partie antérieure de la corde vocale droite, larynx très rouge. Du côté gauche, corde vocale œdématiée et rouge. Mobilité laryngée normale. Epiglotte rouge et basculée, gênant l'examen. Lésions de rhino-pharyngite chronique.

12 mai : biopsie fragment prélevé sur la corde vocale droite.

Examen anatomo-pathologique (docteur Rouxlacroix). — Deux sortes de lésions :

1° Lésions irritatives superficielles et profondes de l'épithélium pavimenteux de revêtement avec faux globes épidermiques. On ne constate ni différenciation cellulaire ni anomalie nucléaire.

2° Infiltration lymphoïde du tissu conjonctif sous-muqueux avec congestion capillaire très marquée et nodules arrondis (granulations et follicules primordiaux) formés de cellules épithélioïdes et de nombreuses cellules géantes sans caséification.

Diagnostic microscopique : tuberculose au début ou syphilis.

Deux Bordet-Wasserman : faits à 15 jours d'intervalle sont négatifs.

Examen pulmonaire pratiqué par le docteur Olmer (25 mai 1925).

Légère obscurité respiratoire du sommet gauche confirmée par la radioscopie. Pas de lésion évolutive.

Traitement : badigeonnages au chlorure de zinc.

Après cinq séances on note : amélioration nette, cordes vocales encore rouges et infiltrées surtout à droite, aspect de laryngite chronique banale, larynx mobile, l'aspect néoplasique bourgeonnant de la corde vocale droite a presque complètement disparu.

Le 15 juin, après une série de 12 badigeonnages :

Rougeur persistante des cordes vocales, léger épaississement de la droite.

Le 1er juillet le malade se sent très bien, voix presque normale, rougeur des cordes vocales.

On commence une série de 6 séances d'attouchements au nitrate d'argent.

Le 19 janvier 1926 : cordes vocales presque normales, à peine rosées. Pharynx et épiglotte encore rouges mais beaucoup moins. Etat général excellent, disparition des troubles fonctionnels.

Observations

Gougenheim et Tissier. — Homme. Trachéotomie d'urgence. Exérèse par les voies naturelles en plusieurs séances. Décanulé deux ans plus tard. Guérison paraissant se maintenir. Conservation du bon état général. L'examen anatomo-pathologique montre la présence de bacilles de Koch dans les coupes.

Heryng (1886). — Homme 23 ans. Exérèse par les voies naturelles, à l'aide de la cuiller tranchante et de la pince coupante. Cinq séances. Cicatrisation. Amélioration de l'état général.

Heryng (1886). — Homme 18 ans. Exérèse à l'aide du couteau fenêtré triangulaire et à la pince par les voies naturelles. Plusieurs séances suivies d'attouchements à l'acide lactique. Cicatrisation. Amélioration de l'état général.

Trautmann (1901). — Homme 24 ans. Exérèse par les voies naturelles en plusieurs séances à l'aide de l'anse froide de Krause. Plein succès.

Neufeld (1903). — Deux observations. Traitement chirurgical (?) suivi de succès.

Escat. — Homme 55 ans. Tuberculose à bacilles rares. Laryngectomie totale. Décès six semaines après dû à tuberculose suraiguë à forme broncho-pneumonique.

Castex (1903). — Thyrotomie. Exérèse de la tumeur. Tuberculisation de la fistule canulaire ayant duré six mois.

Jacques (1913). — Homme 63 ans. Thyrotomie. Exérèse de la tumeur. Homme sain par ailleurs. Proliférations papillaires parsemées de tubercules riches en bacilles.

Jacques (1921). — Homme 67 ans, laryngectomie atypique sous anesthésie locale. Fermeture immédiate et complète de la plaie opératoire. Plein succès.

Portmann (1918). — Homme 55 ans. Trachéotomie. Fibrotuberculome. Recherche des bacilles de Koch négative sur 20 coupes. Cuti-réaction faiblement positive. Inoculation au cobaye négative. Bordet-Wassermann négatif.

Dutheillet de Lamothe (1922). — Homme 55 ans, 3 séances électrocoagulation sous laryngoscopie suspendue. Guérison locale complète. Décès par broncho-pneumonie banale.

Dutheillet de Lamothe. — Homme 63 ans. Exérèse sous laryngoscopie directe suivie d'application diathermique. Diagnostic fait par l'examen anatomo-pathologique. Guérison paraissant se maintenir.

Predescu-Rion (1924). — Thyrotomie avec trachéotomie préalable. Mort en quinze jours par tuberculisation générale.

E. Curchod (1924). — Femme de 40 ans. Excision par les voies naturelles. Cautérisation profonde, 2 séances. Radiothérapie externe. Guérison maintenue un an et demi après.

Hajek (1925). — Tuberculome de la paroi postérieure. Guéri depuis plus de trente ans par le curretage endo-laryngé. Cependant il y a eu à plusieurs reprises des poussées pulmonaires.

OBSERVATIONS RAPPORTÉES SANS INDICATION DE TRAITEMENT

W. Milligan. — Homme 56 ans. L'auteur pensait à une tumeur cancéreuse. L'examen anatomo-pathologique en montre la nature tuberculeuse.

Chatellier-Vallat et Hude. — Tumeur siégeant sur l'épiglotte. Sujet cavitaire. Examen antomo-pathologique positif.

Galand. — Fibro tuberculome avec abcès fistulisé à la face gauche du thyroïde.

Conclusions

1° Les formes tumorales de la tuberculose laryngée constituent un processus réactionnel chronique à évolution très lente, dont l'allure clinique s'éloigne des formes habituelles de la tuberculose laryngée. Se manifestant sous l'aspect de véritables tumeurs, elles doivent être envisagées dans le diagnostic différentiel des néoplasmes qui peuvent se développer sur le larynx. Mais ce diagnostic est souvent malaisé et prête toujours à discussion. L'examen anatomo-pathologique de la tumeur est, d'une façon générale, indispensable.

2° Les formes tumorales de la tuberculose laryngée, de par leur nature histologique, apparaissent comme une forme essentiellement curable de la phtisie laryngée.

Le traitement de cette affection doit être éclectique. Il consistera surtout à pallier aux accidents mécaniques qu'entraînent les néoformations. Le traitement médical, l'exérèse totale par les voies naturelles donnent des résul-

tats excellents. La thyrotomie, tout en restant chargée d'un pronostic très sévère, peut avoir quelques indications, mais la laryngectomie doit être rejetée.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. PIERRE SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

AVELLIS. — *Deutshe Medezin Wochensch*, 1891, n° 32-33.

ASKANAZY. — *Ztsch. f. klinische Medizin*, Bd. 32.

LENNOX-BROWNE. — Traité des maladies du larynx. — Paris, J.-B. Baillère, 1891, p. 376.

— Transact. of. pathol. Soc., vol. XXVIII. — London, 1876.

BLUMENFELD. — Chirurgie des voies respiratoires supérieures, 1922.

M. BRÉMOND. — *Marseille Médical*, avril 1925, p. 657.

CASTEX. — Société de laryngologie de Paris (in *Presse oto-rhino-laryngologique belge*, février 1911.

CURCHOD. — *Archives internat. O. R. L.*, nov. 1924, p. 1028.

CARTAZ. — *France Médicale*, 1889.

— *Archives de laryngologie*, 1889.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, mai 1913.

F.-J. COLLET. — La tuberculose du larynx, du pharynx et du nez. — O Doin, Paris, 1913.

CHATELLIER-VALLAT et HUDE. — Société O. R. L. de Paris, 12 février 1925 résumé, in *Annales O. R. L.*, avril 1925, p. 434.

CLIFFORD BEALE. — Société de laryngologie de Londres, 1899.

SYMONDS CHARTERS. — Société de laryngologie de Londres, 1899.

DUTHEILLET DE LAMOTHE. — *Annales O. R. L.*, septembre 1923, p. 873.

DUFOURMONTEL. — Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Jacobson. — Société Paris O. R. L., janvier 1925.

ESCAT. — Congrès français O. R. L., 1913.

J. ENEIMAS. — Rev. Espanola de laryngol., nov.-décembre 1913, in *Revue laryngologie*, 1916, p. 44.

FREUDENTHAL. — Case of tuberculosis laryngitis mistaken for carcinoma laryngosc. St-Louis 1918, XXXV, 205-207.

GETCHMANN. — *Ztsch. f. Laryngol.*, 1915.

GALAND. — XXX[e] Congrès Société belge O. R. L., juin 1924, in *Annales O. R. L.*, 1924, p. 1022.

GOUGENHEIM et TISSIER. — La phtisie laryngée. — Paris, Masson, 1889, pp. 76 et 270.

GRONBECK. — Société Danoise O. R. L., 1901.

SIR J. DUNDAS-GRANT. — Société laryngologie de Londres, 1900.

— Royal société of Med. 1907, in *The Journ. of laryngol.*, juillet 1919.

— Fibroma of the left vocal cor in the subject on incipient tuberculosis of the laryn. — Royal. Société. Med. Section laryngol., 1920, p. 151.

HAJECK. — Société viennoise O. R. L., janvier 1925, in *Archives internationales*, décembre 1925, p. 1188.

HERYNG. — Curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical, 1888 (observat. 15, 26, 27).

JAEHNE. — *Zstch. f. Ohrenheilkunden*, Bd 66.

JACQUES. — Congrès français O. R. L., mai 1913.

— *Archives internat. O. R. L.*, décembre 1921.

JORES. — Centrablatt. f. allgem. pathol., 1895, vol. V.

KOHNBORN. — *Berlin Klini Woschen*, 1876, n[os] 3 et 4.

PERCY KILD. — C. R. Société laryngol. Londres, février 1894.

KAUFMANN. — Traité anat. pathol., 6[e] édition.

M. LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, 1908, tome II, p. 623.

M. LERMOYEZ. — Indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée. — *Presse médicale*, 1904.

L. MANDL. — Maladies du larynx, Paris, J.-B. Baillière, 1872, pp. 679 et 688.

MILLIGAN. — Société royale de Médecine de Londres, Sect. laryngologie, juin 1913, in *Archives internat. O. R. L.*, 1924, p. 335.

J. MACKENZIE. — Tubercul. Tumours of the windpipe. — *Maryland med. journal*, juin 1882, et *Archives of Med.*, octobre 1882.

MOURE. — Traité pratique O. R. L., Doin, 1921.

MEYER. — Larynx tuberculos. — *Wirchows, archiv.*, 1901, vol. LXV.

NEUFELD. — *Berlin Klin. Woshensch.*, 1903.

PORTMANN. — *Presse médicale*, 7 février 1920, p. 101.

PREDESCU-RION. — Société roumaine O. R. L., résumé in *Annales*, 1924, p. 1079.

PRODA. — Tuberculome laryngé. — *Bulletin de laryngologie*, juillet-sept. 1911.

PIO-FOA. — Di una forma rara di Tuberculosa della larynge. — *Archives par la Scienze Med.*, vol. VII, n° 3.

— *Trattato Anat. patholog., Torino*, vol. VV, p. 41.

E. ROLAND. — *Revue de laryngologie*, sept. 1913, p. 273.

DE REYNIER. — *Archives internationales O. R. L.*, 1923, p. 577.

RUEDI. — Observation on the operative treatment of tuberculose of the larynx. — *Bit. M. J. Londres*, 1919, I, p. 64.

SCHNITZLER. — Tuberculose tumoren in larynx. — *Wiener Medical Presse*, avril 1883.

— Congrès international Copenhague, 1884.

SCHMIEGELOW. — Société Danoise d'Otolgie, 1901.

P. SÉBILEAU. — Conseils pratiques pour la trachéotomie. — *Paris Médical*, 1er septembre 1923.

— Laryngectomie économique. — *Bulletin Société chirurgicale*, décembre 1920, p. 1402.

P. SÉBILEAU et TRUFFERT. — Le carrefour aéro-digestif, le larynx, le pharynx, Libr. Louis Arnette, Paris, 1924.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE *O. R. L.*, mai 1923, résumé in *Annales O. R. L.*, janvier 1924, p. 94.

TOBOLD. — Maladies du larynx, 1866, p. 74.

Trautmann. — *Archives of. laryngol.* XII-I-1901, analyse in *Revue laryngologie*, 1901, p. 358.

Traité pratique O. R. L. — Lannois, Lermoyez, Moure et Sébileau, 1901.

Werner. — Beit. Zur. Keuntnis d. papillom. d. Kehlkappes-Heidelberg, 1894.

J.-M. Wright. — Société royale Médicale, Section laryngol.,

Wod. — Diagnostic et traitement des lésions tuberculeuses des voies respiratoires supérieures. — *The therapeut. Gazette*, 15 mai 1911.

Van den Wildenberg. — *Presse Médicale Belge*, 8 mars 1914.

Wilms. — *Deutsch. Med. Wochensch.*, n° 6, 1910.

Imoges. — Imp. Commerciale Perrette.